



SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

www.electromedicasel.com

FOLIO

FECHA

HOJA DE SERVICIO

Institución/Empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Tel: _____ Celular: _____ Email: _____

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO

Marca: _____ Modelo: _____ Equipo: _____

Accesorios incluidos: _____

Departamento: _____ No. Serie: _____

Tipo de servicio: ☐ Mantenimiento preventivo ☐ Mantenimiento correctivo ☐ Diagnóstico ☐ Otro: _____

Falla reportada: _____

INSPECCIÓN DEL EQUIPO

ACTIVIDADES REALIZADAS

OBSERVACIONES

HORAS DE
SERVICIO

FOLIO DE
GARANTÍA:

Garantía de

Días naturales sobre el servicio realizado

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Nombre: _____

Firma: _____

CLIENTE

Nombre: _____

Firma: _____